

適性診断受診申込書

申 込 日 平 成 年 月 日

| | | | |
|-------------------|-------------------------|----------|-------|
| 申 込 者 | 会 社 名 | | |
| | 営 業 所 名 | | |
| | ご担当者名 | | |
| | 住 所 | 〒 ー | |
| | 連 絡 先 | (TEL) | (FAX) |
| | | (E-mail) | |
| 業 種 (○をつけて下さい) | バ ス ・ ハイタク ・ 貨 物 ・ 一般企業 | | |

受講者氏名

| フリガナ お 名 前 | 生 年 月 日 | 診断の種類 (○をつけて下さい) | 希 望 日 時 |
|---------------|--------------|-----------------------------|---------|
| | S H 年 月 日 | 初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付) | 月 日 時 |
| | S H 年 月 日 | 初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付) | 月 日 時 |
| | S H 年 月 日 | 初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付) | 月 日 時 |
| | S H 年 月 日 | 初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付) | 月 日 時 |
| | S H 年 月 日 | 初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付) | 月 日 時 |

お申し込みのご案内

- ・ 申込み期限は、受講日の7日前までです。
- ・ ご予約は先着順となります。ご希望日に受診できない場合もございますので、予めご確認下さい。
- ・ 予約申込書（本書）の受付後「受診予約確認書」を返送いたします。

FAX 送信先 011-761-4230

中央バス自動車学校 適性診断係行